

51 Kongres *American College of Cardiology*
Atlanta, 17–19 marca 2002 roku

Back to life, czyli powrót do normalności

Maciej Lesiak

W dniach 17–19 marca br. w Atlancie odbył się coroczny kongres Amerykańskiego Towarzystwa Kardiologicznego. Zarówno na lotniskach, jak i w centrum kongresowym wrzało, co świadczy o tym, że Ameryka wraca do normalności po tragedii z września 2001 roku. W związku z kongresem do Atlanty przybyło blisko trzydzieści tysięcy osób z całego świata. Wszyscy pomieścili się w jednym olbrzymim *Convention Centre*, w którym — jak to w Ameryce — można się było pogubić.

Wiodące tematy kardiologii interwencyjnej to stenty pokrywane lekami, interwencje w ostrych zespołach wieńcowych, a także szeroko rozumiana farmakoterapia jako zabezpieczenie zabiegu oraz prewencja kolejnych epizodów wieńcowych.

Usłyszeliśmy dobre i złe nowiny dotyczące stentów pokrywanych. Te dobre dotyczyły stentu Cypher™ (Cordis), pokrywano rapamycyną. Obserwacje chorych z takimi stentami sięgają już dwóch lat. Roczne podsumowanie badania RAVEL przedstawił J. Fajadet. Nadal brak restenozy i późnej utraty światła (*late loss*), nie stwierdzono też restenozy brzeżnej. Tak samo dobre wyniki stwierdza się u chorych na cukrzycę, w przypadku małych, średnich oraz dużych naczyń. W żadnym przypadku nie zaistniała konieczność kolejnej interwencji. Po 12 miesiącach przeżycie bez zdarzeń wieńcowych w grupie pacjentów ze stentami pokrywanych wyniosło 94,2%, w porównaniu z 71,2% w grupie kontrolnej. Dwa

zgon, które wystąpiły w grupie badanej, nie miały związku z użyciem stentu. Restenozę stwierdzono w grupie kontrolnej w 26% i nie wystąpiła ona u nikogo ze stentem pokrywanych. Co ważne, Cypher™ prawdopodobnie nie opóźnia endotelializacji. Mimo że kłopotogrel stosowano tylko przez dwa miesiące po zabiegu, nie stwierdzono ani jednej zakrzepicy w stencie. Sousa przedstawił dwuletnie obserwacje badania FIM. W naczyniach ze stentem pokrytym rapamycyną o wolnym uwalnianiu (obecnie tylko takie są produkowane i badane) nadal zupełnie brak utraty światła (*late loss*: –0,09 mm), w porównaniu z wyraźnym ubytkiem w grupie stentów o szybkim uwalnianiu leku (*late loss*: 0,32 mm). Dobre wieści są także efektem badań nad stentami pokrywanych paklitakselem. Kolejne badania: TAXUS, ASPECT oraz ELUTES, potwierdzają ich bezpieczeństwo i skuteczność. Jest to bardzo pocieszające, ponieważ, jak pamiętamy, pierwsze badanie z paklitakselem — SCORE (duża dawka szybko uwalnianego leku) — wykazało niedopuszczalnie dużą częstość zakrzepicy w stencie, wynoszącą 9%. Choć wszystkie badania nad stentami pokrywanych paklitakselem charakteryzują się małą liczebnością badanych grup, ich wyniki są tak wymowne, że można w odniesieniu do nich zacytować E. Topola, że nie zawsze potrzeba badania z 10 000 pacjentów, by można mówić o przełomie. Niestety, nie wszystkie substancje pokrywające stenty okazały się korzystne. Minął rok od pierwszych implantacji sten-

tów pokrywanych aktynomycyną D. Zaskakujące wyniki badania ACTION doprowadziły do wstrzymania badań nad tym lekiem. Wśród pacjentów, którym wszczepiono stenty z aktynomycyną D, stwierdzono większą częstość zawałów (*non-Q*) już po 30 dniach, zdarzenia późne — jeden zgon w 44 dobie i zawał Q po 120 dniach oraz przypadki restenozy po 6 miesiącach (także restenozy brzeżnej). Nie tylko leki cytostatyczne okazują się skuteczne w zwalczaniu restenozy. Wyniki badania STRIDE, w którym stosowano stenty *BiodivYsio* pokrywane kortykosteroidem (dek-sametazonem), wykazały istotną redukcję restenozy (13,3% po 6 miesiącach). Szczególnie dobry efekt uzyskano w grupie chorych z niestabilną dławicą piersiową. Badanie COAST wykazało natomiast brak przewagi stentów heparynizowanych (Jostent Flex™) nad stentami niepokrywanych w leczeniu zwężeń w małych naczyniach. Oba stenty nie różniły się istotnie, zarówno pod względem skuteczności, powikłań, jak i restenozy po 6 miesiącach. Co więcej, przeżycie bez incydentów wieńcowych po 30 i 250 dniach nie różniło się w obu grupach stentowych, jak również w obu grupach stentowych w porównaniu z grupą PTCA bez stentu!

Pisząc o stentach, należy wspomnieć o innych ważnych badaniach nie dotyczących stentów pokrywanych. Badanie TRENDS to kolejne porównanie stentowania bezpośredniego ze stentowaniem po predylatacji. Ocenie poddano stenty Multilink Tetra™ firmy Guidant.

W 46 ośrodkach europejskich wybrano losowo 1000 pacjentów. Ocenił je stenty doskonale nadają się do implantacji bezpośredniej. W grupie 541 chorych przydzielonych do bezpośredniego stosowania predylatacja była konieczna tylko u 5,8% chorych. Metoda ta wiązała się z podobną częstością powikłań w ciągu 30 dni, jaka występuje w przypadku stentowania z predylatacją. Zaskakująco obie metody nie różniły się pod względem czasu trwania zabiegu, czasu fluoroskopii, ilości kontrastu i kosztów. Wynika to prawdopodobnie z częstej postdylatacji w tym badaniu. Antonio Colombo przedstawił wyniki badania AMIGO. Porównano w nim klasyczne stentowanie ze stentowaniem poprzedzonym aterektomią kierunkową (DCA). W 6 ośrodkach europejskich randomizowano 753 pacjentów. Obie metody nie różniły się istotnie pod względem skuteczności i powikłań. Dotyczyło to także restenozy, która w grupie DCA + stent wyniosła 24,1%, a w grupie bez DCA 19,6%. Trzeba przy tym zaznaczyć, że Colombo odniósł się bardzo krytycznie do tych wyników. Zauważył bowiem, że tam, gdzie wynik aterektomii był optymalny (zwężenie rezydualne < 20%), częstość restenozy po implantacji stentu była bardzo mała (16%). Jeśli zaś operator pozostawił większe zwężenie rezydualne, częstość restenozy przekraczała 30%. Zatem aterektomia przed stentowaniem ma sens pod warunkiem, że aterektomia usunie większą część blaszki. W badaniu ISAR-STEREO-2 porównano wpływ grubości przesł stentu na wyniki odległe stentowania. Okazało się, że użycie stentów o przesłach 50 μ m (Multilink) wiąże się z istotnie mniejszym odsetkiem restenozy (17,9%) niż stentów o przesłach 140 μ m (Bx Velocity) — 31,4%.

Są już wyniki kolejnego badania potwierdzającego skuteczność strategii inwazyjnej w leczeniu ostrego zawału serca. Duńskie badanie DANAMI-2 wykazało, że jeśli czas transportu chorego nie przekracza 3 godzin, to pacjent odniesie korzyść z leczenia inwazyjnego w porównaniu z natych-

miastową fibrinolizą. W badaniu wzięły udział 22 ośrodki. Ponad 1500 chorych w pierwszych 12 godzinach zawału serca z uniesieniem odcinka ST przydzielono losowo do leczenia 100 mg tPA (przyspieszone podanie) lub do transportu do ośrodków interwencyjnych (położonych w odległości 56–153 km). Chorych randomizowano do obu strategii także w ośrodkach posiadających możliwość interwencji (5 ośrodków). Bez wcześniejszego stosowania fibrinolytyków wykonano 97,5% zabiegów, u 93% pacjentów leczonych inwazyjnie stosowano stenty, a przepływ TIMI 3 uzyskano u 89%. Łącznie podstawowe kryterium oceny (zgon, dorzut zawału, udar mózgu w ciągu 30 dni) obserwowano u 8% pacjentów z grupy PCI i 13,7% z grupy fibrinolizy ($p = 0,0003$). Przewaga strategii inwazyjnej była tak samo wyraźna dla chorych kierowanych zarówno z ośrodków peryferyjnych (względna redukcja ryzyka o 40%), jak i centrów inwazyjnych (względna redukcja ryzyka o 45%). Choć liczba zgonów nie różniła się istotnie w obu grupach (6,6% w grupie PCI vs. 7,6% w grupie fibrinolizy), różnica ta sugeruje, że jeśliby leczyć 100 chorych metodą PCI, to należy się spodziewać uratowania jednego życia więcej. Myślę, że najważniejszym przesłaniem tej analizy jest fakt, że odroczenie zabiegu nawet o 3 godziny jest nadal korzystniejsze dla pacjenta niż natychmiastowa tromboliza, i to doskonałym lekiem, bądź co bądź nadal niedostępnym dla większości chorych w naszym kraju.

W czasie zjazdu wiele mówiono na temat farmakoterapii. Przedstawiono między innymi kolejne analizy podgrup z badania CURE. Potwierdziła się skuteczność kłopidogrelu w ostrych zespołach wieńcowych zarówno u chorych leczonych zachowawczo, jak i inwazyjnie (względna redukcja ryzyka zgonu lub zawału wyniosła 31%). Wyższa skuteczność leku nad placebo udowodniono także u chorych z cukrzycą, z przebytym zawałem serca, po rewaskularyzacji chirurgicznej, bez względu na wiek, płeć, obecność

zmian w EKG, czy też podwyższonych stężeń troponinu. W przedstawionych nowych wytycznych ACC/AHA kłopidogrel włączono jako rutynowy środek w leczeniu ostrych zespołów wieńcowych (klasa I) w połączeniu z kwasem acetylosalicylowym, heparyną drobnocząsteczkową i blokerami receptora płytkowego IIb/IIIa. E. Topol podsumował obecną wiedzę na temat tych ostatnich leków. W Stanach Zjednoczonych ponad 66% interwencji wieńcowych wykonuje się przy zabezpieczeniu blokerami IIb/IIIa. Metaanaliza siedmiu randomizowanych badań oceniających rolę „superaspiryn” w PCI wykazała przewagę tych leków nad placebo (wystąpienie zgonu lub zawału w ciągu 30 dni) o niespotykanej istotności statystycznej ($p < 0,000000000000001$)! Uzasadnione jest stosowanie abciximabu w przypadku interwencji w zawale serca, natomiast umocniła się pozycja tirofibanu u chorych z cukrzycą. Nadal brak badań porównujących oba leki z eptifibatidem.

Werze szalonego postępu i rozwoju kardiologii jako nauki nie sposób przecenić roli wymiany informacji i szerzenia wiedzy poza granicami państw i kontynentów. Dlatego z uznaniem odebrałem przesłanie prezydenta ACC jako apel o humanizację lub raczej rehumanizację nauk medycznych. P. Zipes, odwołując się do tradycyjnej roli lekarza — uzdrowiciela, przypominał istotę powołania, które powinno być motorem lekarskiej działalności. Nie tytuł, umiejętność czy kontrakt, lecz chęć niesienia pomocy cierpiącym jest istotą naszego zawodu. Zaufanie chorego jest cenniejszą gratyfikacją niż zapłata za usługę. W naszych gabinetach spotykamy ludzi obnażonych nie tylko fizycznie, ale także emocjonalnie i duchowo. Daje to nam specyficzną przewagę i jednocześnie rodzi szaloną odpowiedzialność za losy nagiego i bezbronnego człowieka.

*Pracownia Hemodynamiki
i Klinika Kardiologii AM,
Poznań*